

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

MENTION MÉDECINE

Travail du Service du Dr ENRIQUEZ

LE CUL DE SAC SOUS-ANASTOMOTIQUE

INTER JÉJUNO PYLORIQUE

CONSÉCUTIF A

LA GASTRO ENTÉROSTOMIE

avec exclusion du Pylore

PAR

GEORGES APOSTOLOS

De la Faculté de Médecine de Paris

Président : M. FERNAND BEZANÇON, Professeur

PARIS

A MÊDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920

263

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Apes.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

PRÉSENTÉE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
MENTION MÉDECINE

Travail du Service du Dr ENRIQUEZ

LE CUL DE SAC SOUS-ANASTOMOTIQUE

INTER JÉJUNO PYLORIQUE

CONSÉCUTIF A

LA GASTRO ENTÉROSTOMIE

avec exclusion du Pylore

PAR

GEORGES APOSTOLOS

De la Faculté de Médecine de Paris

Président : M. FERNAND BEZANÇON, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1920



Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Médecine opératoire.....	CUNEO
Physiologie.....	CH. RICHTER
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie.....	BEZANCON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générale.....	N.
Pathologie médicale.....	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.....	GOSSET
Anatomie pathologique.....	LETULLE
Histologie.....	PRENANT
Opérations et appareils.....	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	CARNOT
Hygiène.....	BERNARD
Médecine légale.....	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
	ACHARD
Clinique médicale.....	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	HUTINEL
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	DUPRE
Maladies des enfants.....	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en céphale.....	LEGRUE MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
Clinique des maladies contagieuses.....	QUENU
	LEJARS
Clinique chirurgicale.....	HARTMANN
	DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique.....	LEGUEU
Clinique des maladies des voies urinaires.....	BAR
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchement.....	TRIBEMONT DES SAIGNES
Clinique gynécologique.....	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique.....	ALBERT ROBIN
Clinique d'otorhino laryngologie.....	SEBILEAU

Aggrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LECEP	ROUSSY
BRANCA	JOUSSET ANDRÉ	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LABBE (HENRI)	MULON	SCHWARTZ (A)
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIER
DESMARET	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROI	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	LEQUEUX	RETERER	ZIMMERN
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	
GUILLAIN	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE ANTOINE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FERNAND BESANÇON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HOPITAL BOUCICAUT

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*En reconnaissance du grand honneur
qu'il nous a fait en acceptant la pré-
sidence de cette thèse.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR ED. ENRIQUEZ

MÉDECIN DES HOPITAUX DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous aider et nous
guider au cours de ce travail, en
hommage de notre profonde recon-
naissance et de notre très respec-
tueuse affection.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

CHAPITRE I

Depuis le jour où la gastro-entérostomie est définitivement entrée dans la thérapeutique des affections ulcéreuses de l'estomac, les indications, la technique opératoire, son mode d'action ont suscité, de toute part, un ensemble de travaux et de publications d'une ampleur proportionnée à celle du sujet.

Alors qu'elle fut considérée d'abord comme panacée universelle contre toutes les gastropathies organiques et fonctionnelles, bénignes ou malignes, l'expérience clinique, l'observation rigoureuse des faits, et avant tout une interprétation plus scientifique des phénomènes, ne tardèrent pas à dégager progressivement des règles de conduite précises qui en devaient considérablement limiter le domaine. C'est ainsi que les dyspepsies chroniques, et nous entendons par là les troubles purement fonctionnels de l'estomac, ne bénéficient, de l'avis de tous les auteurs, en aucune manière de cette intervention. Si les opinions diffèrent encore sur l'attitude qu'il convient d'observer à l'égard des affections organiques autres que le cancer, il semble que raisonnablement on puisse se rallier à celle des frères Mayo. Pour les auteurs les indications opératoires de l'ulcère sont

positives et formelles, ou bien relatives. Positives, en cas de stase, d'hémorragies répétées et profuses, de très vives douleurs, de dénutrition. Relatives, quand l'une ou l'autre de ces conditions vient à troubler ou à compromettre l'existence du malade. Nous ajouterons que dans ce dernier cas, la condition sociale du sujet doit largement entrer en ligne de compte, et qu'on sera moins sobre d'intervention chez la clientèle d'hôpital qui ne peut observer une cure de régime prolongée que chez les malades plus fortunés et parfaitement à même de s'y soumettre. D'autant plus que la gravité opératoire est relativement faible et que les résultats éloignés sont encourageants. On compte, en moyenne, une mortalité immédiate de 3 % qu'on doit attribuer à l'acte opératoire lui-même. Quant aux résultats éloignés, et sans vouloir insister plus spécialement sur ce point, nous renvoyons à un travail important de Kocher. (*Die Chirurgische therapie der Magenleiden. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. der Chirurgie* 1909, p. 860-897) et qui fait état des statistiques publiées par les meilleurs chirurgiens de l'époque. A la base de ces statistiques nous pouvons poser qu'un résultat incomplet ou insuffisant s'observe encore dans la proportion de 1 sur 10 et cela dans les séries les plus favorables. Car si Kocher seul note 94,1 % de guérisons, Hartmann von Eiselsberg et Mayo Robson n'obtiennent que 90 %, Kroenlein, 85 %, Morgniham, 82 %, Rotgans seulement, 60 %. De très nombreux auteurs ont recherché la cause de ces succès par-

tiels, et parmi lesquels nous citerons, en France, Mathieu et Savignac, Parmentier et Denéchau, Moreau, Enriquez et Gosset, Caillé, J. Durand et Marre.

Il résulte de leurs découvertes que des raisons multiples doivent être incriminées. En dehors des cas où une dégénérescence cancéreuse ou bien une perforation, viennent à se déclarer par leur bruyant cortège symptomatique, ce sont avant tout les complications locales qu'il faut avoir en vue. Les mieux connues sous l'ulcère peptique du jejunum, l'occlusion spontanée de la bouche artificielle, des adhérences périgastriques, la suture de l'anse efférente. Toutes ces complications ont ceci de commun, c'est d'entraver le but principal de l'opération, qui recherche avant tout une exonération complète et rapide de l'organe, suivant un *modus* qui se rapproche autant que possible de la physiologie normale.

Pour prévenir ces inconvénients graves, différents perfectionnements techniques ont été préconisés. Le plus appréciable et le plus accepté est l'exclusion du pylore. La grande majorité des chirurgiens, d'accord en cela avec les expérimentateurs, l'exécutent comme complément de toute gastro-entérostomie et cela d'une façon systématique. Il n'est pas ici le lieu de revenir sur cette question de l'exclusion du pylore, d'en montrer les bénéfices très réels ou de décrire les différents procédés. L'exclusion du pylore aide puissamment à la guérison intégrale en permettant un fonctionnement régulier et inintermittent de la nouvelle bouche artificiellement créée.

Toutefois, tous les accidents, disons plutôt tous les accidents post-opératoires ne sont pas conjurés de ce fait. Le nombre d'insuccès, tout en étant moindre, ne tend pas vers le zéro. Des échecs demeurent. Nous croyons utile d'attirer dans le présent travail, l'attention sur une de ces complications, assez rare, peu connue encore, et que nous avons eue l'occasion de constater un certain nombre de fois dans le service de notre maître M. le docteur Enriquéz. Avec la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, il a bien voulu nous autoriser à faire usage de ses documents et à les rapporter dans notre thèse. Qu'il reçoive ici, l'expression de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE II

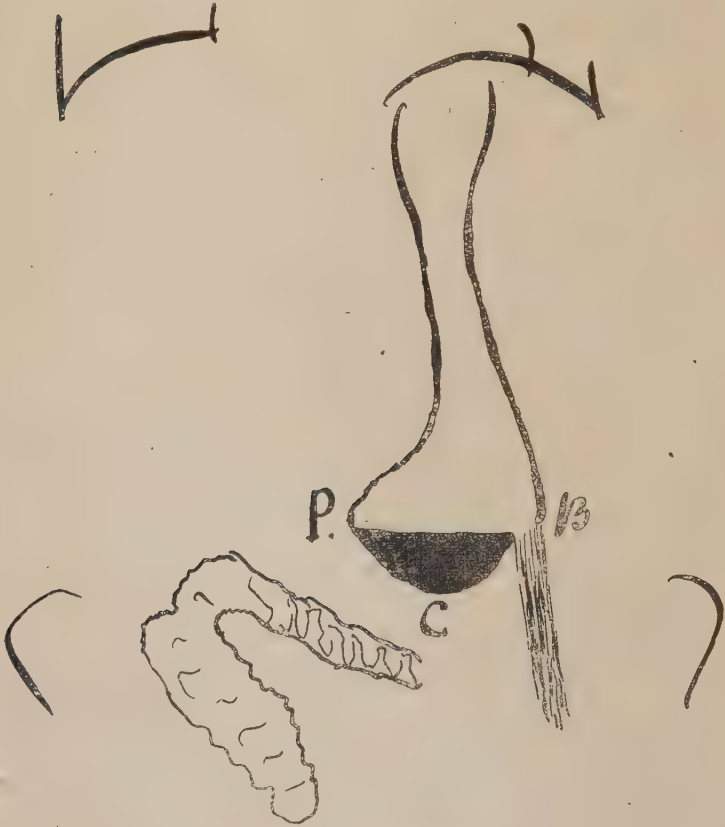
Chez quelques-uns de ses gastro-entérostomisés insuffisamment amendés par l'opération, le D^r Enriquez a pu mettre en évidence cliniquement et radiologiquement, l'existence de phénomènes de stase gastrique. En faisant absorber à ces malades un lait bismuthé sous l'écran fluorescent, on constatait cependant que l'anastomose fonctionnait normalement et que le liquide bismuthé passait sans obstacle dans le jejunum sous forme d'une ombre floue caractéristique.

Dans tous ces cas aucun passage pylorique n'était signalé, l'exclusion du pylore étant pratiquée le plus souvent par le procédé de la sphinctérectomie de Gosset. Le fonctionnement rapide de la bouche artificielle ne permettait pas d'expliquer la stase par un rétrécissement de néopylore. Mais en analysant de plus près le phénomène, il apparaissait nettement qu'il relevait exclusivement d'une cause purement mécanique. On pouvait constater, en effet, que le point d'implantation de l'anse anastomosée était fait, dans tous les cas, à un niveau égal au canal pylorique ou plus haut situé que lui, et qu'il n'occupait

pas le point le plus déclive du viscère. On remarquait, en outre, que la stase était localisée précisément dans ce secteur bien délimité de l'estomac, compris entre l'orifice de la bouche artificielle et le pylôre.

Ce segment d'organe constituait ainsi un véritable cul de sac un cœcum où stagnaient les ingesta.

Il était facile de constater que la vidange du chy-



me par la bouche anastomosique ne pouvait s'effectuer que lorsque le niveau du liquide avait atteint une hauteur suffisante pour amorcer le siphon intestinal. Le liquide sous-jacent à ce plan ne pouvait s'écouler et donnait lieu à la stase observée. Nous renvoyons, pour leur compréhension plus facile des faits, à la figure que nous reproduisons ici et qui est l'orthodiagramme radiologique d'une de nos observations. Ce schéma fera mieux comprendre que toute description, l'enchaînement des faits.

La formation d'un pareil cul de sac inter-jéjunopylorique sous anastomotique est peu connue et n'a suscité qu'un nombre relativement restreint de travaux.

Karl Schick y fait allusion incidemment dans une leçon clinique, mais sans s'y attarder d'une façon plus spéciale.

Heitz a publié, en 1913, une série de travaux sur la pathogénie et le traitement de certains troubles consécutifs à la gastro-entérostomie. Il y signale un certain nombre de cas de cette complication, en discute la genèse et parle du traitement qu'il convient de lui opposer. Nous aurons l'occasion, d'ailleurs, de revenir sur l'opinion du chirurgien anglais.

Mallory rapporte 5 cas où après une gastro-entérostomie existait une stase de 8 heures. A l'appui de ses observations personnelles, il cite la statistique de Reveig, de Vienne, qui porte sur 27 cas semblables.

Les deux auteurs interprètent le phénomène par une hypertomie spéciale du pneumogastrique signa-

lée déjà par Hen et Eppinger. Il est hors de doute, à la lecture de leurs descriptions et de leurs figures, qu'il s'agissait presque toujours d'un sacculé inter pyloro jéjunal.

Le travail de Jonas, est de beaucoup, le plus précis. Cet auteur a observé que dans de nombreux cas l'anastomose ne répondait pas au point déclive de l'estomac.

Il subsiste alors, dit-il, au-dessous de l'anastomose un cul de sac où les éléments s'accumulent. Ce cul de sac se distend à la longue si bien que l'anastomose peut, au bout d'un certain temps, être plus mal placée qu'à l'origine.

Les aliments s'accumulent alors de plus en plus dans ce cul de sac et ne peuvent passer dans l'intestin que lorsque leur niveau atteint la hauteur de l'anastomose.

Quelquefois on peut favoriser le passage du chyme résiduel en faisant coucher le malade sur le dos ou sur le côté, évacuation passive. A cette évacuation passive se surajoute une évacuation active. Lorsque les aliments restent un certain temps dans l'estomac ils finissent par être chassés dans le jejunum par une contraction terminale (Schlusskontraktion) autrement plus puissante que le péristaltisme normal.

Jonas note, en outre, un fait qui nous paraît d'une très haute importance au point de vue de l'étiologie de l'accident. Il remarque que le cul de sac sous-anastomotique survient surtout chez des malades atteints d'une atonie gastrique considérable. Dans certains

cas ce serait moins l'atomie gastrique que l'atomie musculaire qu'il faut incriminer.

Chez des malades qui maigrissent rapidement la paroi abdominale ne remplit plus son rôle de sangle.

A l'atomie gastrique se joint l'atomie musculaire pariétale. Le cul de sac se distend de plus en plus et on peut arriver à une imperméabilité presque complète de la bouche.

CHAPITRE III

Etiologie et Pathogénie

Trois points doivent essentiellement être étudiés pour bien comprendre la pathogénie du cul de sac sous-anastomotique.

Doit-il être attribué à l'exclusion du pylore?

Relève-t-il d'une implantation défectueuse de l'anse intestinale?

Doit-on rechercher, en dehors de ces deux causes purement mécaniques, des causes physiologiques inhérentes au viscère lui-même?

A première vue on serait tenté de croire que l'exclusion du pylore contribue puissamment à la genèse de la complication grave qui nous occupe. Le pylore semble, en effet, constituer une soupape de sûreté par où le contenu gastrique pourrait encore être évacué en cas de besoin. Il est fréquent, en effet, de constater à l'écran que le diverticule présente de fortes contractions initiales, une véritable hyperki-

nésie locale qui a pour effet de brasser le contenu en direction du pylore. Ces ondes de contractions cependant ne sont ni constantes ni de longue durée. Elles n'existent pas dans tous les cas, elles sont passagères. Le plus souvent le segment gastrique n'était le siège d'aucun péristaltisme actif et des mouvements ne pouvaient être déterminés ni par le palper ni par l'ingestion. L'atonie locale, au contraire, devient telle que rarement on serait en droit d'espérer l'évacuation par la voie naturelle. Mais en dehors de cette considération, de trop nombreux arguments plaident pour l'exclusion du pylore pour qu'il soit permis d'élever, à cet égard, le moindre doute. L'avantage qu'il y a de la pratiquer comme complément de toute gastro-antérostomie a été mis en lumière par de très nombreux travaux aujourd'hui classiques.

C'est effectivement dans l'implantation vicieuse de l'anse anastomosée que réside la cause majeure du mal. Jonas a très justement remarqué que les estomacs ptosés, dilatés et atones sont particulièrement exposés à la complication qui nous occupe.

Dans les sténoses très serrées du pylore le myogastre est complètement atrophié à la longue. L'estomac, dès lors, ne se contracte plus d'une façon active et la gastro-entérostomie, comme toute autre opération, est impuissante pour rendre à l'organe une tonicité et une contractilité perdues. L'évacuation dans ces cas d'estomacs exclus ne se fait bien qu'autant que la bouche est placée à la partie déclive de

l'estomac et que l'axe jéjunal soit situé dans le plan du grand axe gastrique. Or, l'examen radiologique d'un estomac plosé nous fait voir quotidiennement que ni sa morphologie ni sa topographie ne sont comparables en position debout ou couchée.

Dans la station debout, l'estomac est vertical ou affectant la forme d'un J. Dans le décubitus l'estomac est horizontal ou tend à le devenir. Il est donc singulièrement difficile de déterminer, au cours de l'opération faite en position horizontale, où se trouve la partie de l'estomac qui sera la plus déclive dans la station verticale.

Il en résulte que l'implantation peut être faite à un niveau trop élevé, d'où formation d'un cul de sac sous-anostomotique.

On comprend que cette variété doive être la plus fréquente comme aussi la moins favorable, car l'atrophie des fibres musculaires empêche la Schlusskontraktion cette contraction terminale massive, qui expulse violemment le contenu gastrique, s'il faut en croire des physiologistes comme Kappeler, Schwartz et Kreüzfuchs.

Mais Jonas de même d'ailleurs que Herz ont eu le tort de vouloir limiter aux seuls estomacs plosés, dilatés et atones, la possibilité d'être atteints de cette complication. Il est cependant certain qu'un pareil cul de sac peut se former de toute pièce sur un estomac opéré à la période de compensation, en hypérthénie. L'opération a eu pour effet de calmer l'éréthisme gastrique et de mettre au repos l'estomac

spasmodiquement contracturé. L'hypertonie réflexe cède et la contracture spasmodique se détend. L'estomac subit ainsi un mouvement de descente et peut, dans les cas extrêmes, changer complètement de forme et d'aspect. L'allongement cependant n'est qu'apparent, il est dû au relâchement des fibres musculaires contracturées. Néanmoins, le bas-fond gastrique ou l'antré pylorique s'abaissent par rapport à l'anse jéjunale qui, bien fixée, ne peut suivre le mouvement de descente. D'où formation d'un cul de sac antral sous-anastomotique non plus primitif mais secondaire.

Il nous semble, en outre, que le traumatisme opératoire doit intervenir d'une façon directe encore, en sectionnant quelques filets du pneumogastrique et en paralysant ainsi les fibres musculaires de l'antré qui en tirent leur innervation. Cette paralysie entraîne encore l'inertie de la fibre motrice et la perte du tonus, d'où dilatation.

Mais sans vouloir aborder de plus près le déterminisme qui préside à la formation du cul de sac sous-anastomotique en cas d'estomac hypertonique, l'existence en est certaine même dans ces cas et semble relativement fréquente, étant donné que nous en avons observé 2 cas sur 5, que nous rapportons. L'importance de cette constatation n'est pas de pure théorie. Une première notion en découle en effet immédiatement. C'est d'instituer, avant l'opération, une médication antispasmodique énergique et pro-

longée dans un but prophylactique. On pourra, dans les cas favorables, arriver à modifier la morphologie de l'organe et prévenir le changement de forme ultérieur.

CHAPITRE IV.

Phénomènes cliniques

Les manifestations douloureuses se placent au premier rang des troubles fonctionnels par quoi s'accuse l'existence de la lésion. Elles sont en général moins marquées que dans l'ulcère et surtout dans la crampe pylorique. Certaines se réduisent à une sensation indéfinissable de malaise vague, de pesanteur, de gonflement et de nausées. D'autres ont le caractère de brûlures ou de torsions, supportables mais permanentes. On ne doit pas s'attendre à retrouver ici les crises espacées, séparées par de longues rémissions, mode de réaction habituel à l'ulcère. Le syndrome est continu, durable, plus ou moins discret, mais en tout cas permanent.

Le début en est difficile à préciser. Immédiatement après l'opération le malade ressent un grand bien-être. A l'intolérance gastrique, à la douleur atroce de la contracture pylorique fait suite une euphorie re-

marquable. L'état général s'améliore, les forces reviennent, le poids remonte. Ce n'est que très progressivement que les premiers symptômes d'alarme se déclarent sous forme d'une sensibilité anormale de l'estomac qui ne rappelle en rien la précision des véritables lésions. Ils surviennent sans horaire fixe tantôt tardivement après l'ingestion tantôt d'une façon plus précoce. Peu aiguë, d'abord, au point de passer inaperçue, cette hyperesthésie ne tarde pas à s'accroître et à s'imposer à l'esprit du malade, et au bout d'un certain temps on entre dans la période d'état. La douleur devient alors plus intense, mais elle reste généralisée à tout l'abdomen et ne présente pas de localisation en un point précis. En explorant sous l'écran on trouve que ni l'estomac ni l'anse anastomosée ne sont électivement douloureuses, et s'il existe une zone douloureuse maxima, elle est presque toujours cœliaque. Ce caractère négatif de l'absence d'une localisation douloureuse contribue au diagnostic. L'ulcère peptique du jejunum qui pourrait en effet prêter à confusion, donne lieu à un point spécialement sensible sur le côté efférent de l'anse. Enfin ni l'ingestion ni les alcalins n'ont d'effet manifeste sur la réaction douloureuse que le décubitus soulage quelque peu.

Les vomissements sont inconstants. Ils existaient 2 fois sur 5 de nos observations, entraînant alors une rapide dénutrition. Ils étaient muqueux, de réaction acide, contenant quelques rares particules alimentaires. Ils se différencient par tous leurs caractères

du vomissement de la sténose pylorique, dont ils n'atteignent ni l'abondance ni la fréquence. La stase alimentaire de même est infiniment plus réduite et porte sur des éléments ingérés récemment. Enfin dans aucun de nos cas, ils n'ont été hématiques. Peut-être convient-il de faire des réserves à ce sujet, étant donnée l'insuffisance des réactions histologiques ou chimiques du sang dans les liquides gastriques, toujours chargés de salive oxydante (Lœper, loc. cit.).

La nausée constitue le maître symptôme de l'affection. Le malade ressent, dès le matin, cette impression des plus pénibles qui s'accroît pendant la période d'activité digestive.

Fréquemment encore il existe des renvois gazeux, dûs à une aérophagie concomitante. Cette aérogastrie qui s'accompagne d'aérocolie occasionne du météorisme abdominal et donne lieu parfois à des troubles à distance et notamment du côté du cœur.

Les troubles intestinaux se réduisent à une constipation tenace, nécessitant l'usage presque quotidien de laxatifs ou de lavements. Au cours de l'affection la constipation peut être entrecoupée de débâcles diarrhéiques, sans qu'il y ait lieu d'insister plus spécialement sur ce fait, mode de réaction habituel de l'intestin.

Les troubles vaso-moteurs sont de règle. Le faciès est généralement pâle, mais sous l'influence de causes minimales, de l'éruptive de la digestion il se colore vivement. La tension est inférieure à la normale. Nous n'avons pas songé à rechercher la rate vasomo-

trice ni d'ailleurs le réflexe oculo-cardiaque. Les urines sont chargées, riches en urates, mais nous n'avons jamais observé ni glucosurie, ni albuminurie. De même la recherche de l'acétone et de l'acide diacétique que nous avons poursuivie très activement a toujours eu un résultat négatif.

L'anémie se déclare à la longue. Elle tient à la fatigue générale et à la déchéance de l'organisme, conséquences du trouble de la nutrition. Elle reste peu élevée. Le chiffre des globules rouges n'était pas inférieur à 3.500.000, avec une teneur en hémoglobine qui varie, oscillant de 80, chiffre le plus bas, à 90. En établissant la formule leucocytaire, nous l'avons trouvée normale dans tous les cas.

L'étude de la courbe du poids était particulièrement importante. On pouvait penser, à priori, qu'elle allait suivre une courbe progressivement décroissante. Ceci arrive d'ailleurs lorsque les vomissements viennent se superposer à l'obstacle mécanique. L'amaigrissement est fonction alors de l'intolérance gastrique, et peut s'accroître au point de faire croire à une dégénérescence cancéreuse. Ailleurs, les malades après une chute rapide initiale, arrivent à se maintenir en équilibre, équilibre instable du reste. De peur de souffrir ils réduisent au minimum les ingesta, et une alimentation sagement dirigée a pu donner alors quelques très bons résultats. La persuasion est particulièrement utile chez cette catégorie de psychopathes, qui se sentent marqués d'une tare digestive indélébile, et qui n'ont que trop tendance à dé-

se désespérer de leur guérison et à tourner à la neurasthénie.

Chez la femme les troubles de la menstruation existent presque toujours. La dysménorrhée se montre sous toutes ses formes, douleur, leucorrhée, aménorrhée. C'est aux environs de la période menstruelle que les phénomènes gastriques atteignent leur plus haute expression et que s'observent le plus souvent les vomissements et les migraines.

Localement les symptômes objectifs sont peu caractéristiques. Il n'existe pas de circulation collatérale, pas de coloration anormale de la peau, pas de péristaltisme apparent.

La région épigastrique est un peu rétractée, dessinant plus nettement le creux épigastrique. Les deux rebords costaux inférieurs convergent l'un vers l'autre en formant un angle plus aigu que normalement. Le palper, peu douloureux, montre dans les cas heureux une légère défense parombilicale due à la mise en tension de la musculature superficielle. Le durcissement épigastrique n'existe pas. Le clapotage demande à être recherché avec un soin tout spécial. Il existe même à grande distance des repas, et on le trouve alors à droite de la ligne médiane au-dessus et près de l'ombilic. Un massage un peu prolongé de cette zone finira toujours par le mettre en évidence, même si les premières recherches avaient été entachées d'un résultat négatif.

Ni la percussion ni l'insufflation ne fournissent au diagnostic un renseignement complémentaire et

c'est les tubages et avant tout la radiologie qui le fixeront définitivement.

Le tubage doit être pratiqué à jeun, 10-12 heures après la dernière ingestion. Il est pénible pour le malade et difficile à exécuter chez ces sujets presque tous nerveux.

De plus la sonde, pour s'amorcer, doit pénétrer dans la logette prépylorique, ce à quoi on n'arrive que par des mouvements multiples qu'on lui imprime et qui la déplacent, mais qui provoquent rapidement une réaction de défense. Il faut user de douceur et de patience, pour mener à bonne fin cette opération d'habitude si simple. L'aspiration peut être utile mais elle n'est pas indispensable. On recueille alors un certain volume de liquide à jeun dont on doit étudier les caractères physiques et chimiques par les procédés habituels.

L'aspect et la couleur du liquide à jeun sont variables. Dans les cas les plus rares le liquide se présente nettement sous forme de liquide de stase avec rétention de gros débris alimentaires. Plus souvent la stase est discrète et l'on ne trouve que quelques fragments de pruneaux qu'il faut rechercher avec soin. La stase peut encore être microscopique. Rien de spécial d'ailleurs à signaler pour le reste, la technique est celle qu'on suit dans toute sténose incomplète. Le volume du liquide résiduel varie. Il est en général, peu élevé, ne dépassant pas 40-50 cmc. Il serait toutefois singulièrement osé de vouloir déduire du volume retiré par tubage l'exacte capacité de la poche

antrale, étant donné que nous ne disposons d'aucun moyen fidèle pour évaluer la quantité de liquide contenu dans un estomac.

Cette faible rétention suggère d'ailleurs l'idée que la diminution ne peut être fonction du seul déficit alimentaire, mais que des phénomènes toxiques doivent jouer ici un rôle très important. La céphalée et les migraines relèvent probablement de la même pathogénie.

La couleur du liquide à jeun est jaune verdâtre ordinairement teintée de bile. La réaction est acide. La recherche de l'acide chlorhydrique libre a été positive tant par le Gunzbourg que par le Rouge Congo. Une seule fois nous avons pu mettre en évidence la présence d'acide lactique chez une malade qui de son propre chef s'était soumise à un régime lacté exclusif.

La recherche du sang a été négative. Nous nous sommes servis de la réaction de Weber au gaïac, sans faire, et nous avouons cette lacune, les examens de contrôle, réaction d'Adler à la benzidine, réaction de Meyer, à la phénolphtaléine.

Si les données du tubage sont utiles au diagnostic, les renseignements majeurs découlent de l'examen radiologique. Pour être complète, cette exploration doit se faire en deux temps. Une première fois on fera absorber au malade un lait bismuthé ou un repas opaque sous l'écran. On surveillera attentivement la traversée œsophagienne, le mode de réplétion de l'estomac, le fonctionnement de la bouche

artificielle et le moment où il débute. On regardera si le passage dans le jejunum se fait immédiatement ou d'une façon tardive et on note alors le retard effectif. En même temps on scrutera attentivement la région pylorique. Si le pylore est perméable, si des passages pyloriques sont observés, l'existence du cul de sac sous-anastomotique est pratiquement impossible et il devient fort probable que les troubles récents du malade sont à mettre sur le compte de cette perméabilité et qu'ils peuvent être améliorés par le seul fait de l'exclusion. Si, au contraire, on n'assiste à aucun passage pylorique et que la bouche artificielle à l'air de fonctionner, on repère la topographie exacte du point d'implantation jéjunale et on en précise le niveau par rapport à celui du pylore. Déjà par là on arrive à déduire l'existence certaine d'un cul de sac prépylorique. Mais ce n'est qu'au bout de 10-12 heures que la présomption devient certitude. On constate alors que le bismuth-ingéré n'a pas été évacué en totalité, mais qu'une certaine quantité en est demeurée, dessinant un bas-fond semi-lunaire. Lorsque cette stase se présente sous la forme typique et reproduit l'aspect sous lequel se manifeste d'ordinaire la stase bismuthée gastrique, aucune difficulté n'existe. Mais lorsque l'aspect est polymorphe, atypique, on peut hésiter quelques instants sur le point de savoir si cette accumulation bismuthée est gastrique ou extra-gastrique, jéjunale ou colique. La difficulté, cependant, n'est pas très grande. Il suffit de faire avaler à son malade quelques gouttes d'un lait

bismuthé qui vient tomber dans l'estomac et se mélanger au bismuth résiduel si la stase était effective. A ce renseignement capital ne se réduisent, toutefois pas les renseignements fournis par l'écran. Il faut examiner l'estomac au point de vue de sa situation, de sa forme, de sa tonicité et de sa sensibilité. On recherchera sa mobilité debout et couché, les rapports qu'il contracte avec les organes voisins et surtout avec le colon. Ces renseignements peuvent avoir une influence sur la décision thérapeutique à prendre. Surtout on ne manquera pas, toutes les fois que c'est possible, de comparer l'image radiologique qu'on vient de prendre à celle qu'on avait obtenue antérieurement à l'opération. On est parfois frappé des modifications surprenantes qui se sont produites dans le viscère dans un laps de temps très court.

CHAPITRE V

Prophylaxie et Traitement

De la discussion pathogénique que nous avons donnée au chapitre III découle, en toute logique, le traitement. Une notion capitale doit tout d'abord être posée, c'est que la formation même du cul de sac peut et doit être évitée. Avant tout, on cherchera à se placer dans les meilleures conditions pour opérer. L'hypersthénie gastrique sera combattue et l'estomac spasmodiquement contracturé, sera d'abord mis au repos. Le bromure de camphre, la belladone à forte dose ou l'atropine à doses *progressives*, seront mis en œuvre successivement ou simultanément. Leur influence sédative calmera l'irritabilité nerveuse ou musculaire de l'estomac et sera susceptible par là, de modifier non seulement la physiologie mais même la morphologie du viscère. Il est évident que dans l'atonie gastrique ce traitement préalable ne peut être institué, il serait ici non seulement inefficace mais antiphiysiologique.

Faut-il, nous revenons sur la question, renoncer à l'exclusion du pylore. Ce serait une erreur lourde de conséquences que d'arriver à pareille conclusion. Pour être efficiente, une gastro-entérostomie doit toujours être complétée par la fermeture du pylore ou mieux encore son excision. C'est là un point définitivement acquis. Très souvent, d'ailleurs, la sténose est tellement serrée que l'exclusion est spontanée et que le rôle du pylore, en tant que soupape de sûreté, ne se pose même pas.

Bien autrement important est le problème soulevé par la question d'une gastrectomie partielle avec résection de l'ulcère et du segment pylorique situé au delà de la lésion. Dans ce cas, un abouchement direct de la brèche gastrique dans le jejunum rend impossible la stase par accumulation passive ou par *visa tergo*.

La gastrectomie a en outre le très grand avantage de supprimer la lésion et tout le mal dans sa racine, d'empêcher par là les complications locales immédiates ou tardives et principalement la dégénérescence cancéreuse. C'est une opération dont la technique est, à l'heure actuelle, parfaitement réglée et qui tend à se répandre de plus en plus. Pauchet, son plus chaud défenseur, l'exécute systématiquement en cas d'ulcère du versant gastrique du pylore, réservant la gastro-entérostomie avec exclusion au seul ulcère du duodénum. Les résultats fonctionnels sont excellents et bien supérieurs à ceux auxquels la gastro-entérostomie peut prétendre.

Mais il est indéniable que le choc opératoire est plus violent et que la mortalité immédiate est plus élevée. De plus, l'opération devient délicate et demande un entraînement et une habileté que tout le monde n'est pas à même d'acquérir. Malgré une instrumentation de plus en plus perfectionnée elle reste réservée à quelques virtuoses du bistouri, et ne supplante pas, jusqu'à nouvel ordre, la gastro-entérostomie.

C'est donc sur cette dernière opération pratiquée encore par la très grande majorité des chirurgiens que doit essentiellement s'arrêter notre attention. C'est ici, on comprend, que la bouche artificielle doit rigoureusement être implantée au point déclive. L'examen à l'écran montre qu'une gastro-entérostomie placée à la partie déclive du fundus ne modifie en aucune manière la forme, le mode de réplétion, la situation, la mobilité de l'organe. Mais s'il est difficile de repérer en cours d'opération le point anatomiquement déclive, par contre on peut déterminer très facilement le point physiologiquement déclive, c'est-à-dire l'endroit où aboutissent les vagues de contraction de l'estomac. Cet endroit n'est autre que le pylore lui-même et l'antrum prépylorique située immédiatement en amont de lui. C'est là que doit se faire l'implantation jejunale, comme l'a conseillé Hartmann depuis très longtemps déjà. Cet auteur a montré, en effet, par une série d'expériences sur le chien, que l'évacuation se faisait par la bouche artificielle lorsque cette dernière occupe l'antrum, par le

pylore lorsque la bouche est sur la portion cardiaque de l'estomac.

Kocher a insisté de son côté sur l'extrême nécessité de pratiquer la bouche au niveau de l'antra. Faute de cette précaution, dit-il, la portion de l'estomac comprise entre le pylore et l'orifice artificiel se distend et se remplit, comme le colon et le cœcum dans une iléo-sigmoïdostomie. C'est la définition, en d'autres termes, du cul de sac sous-anastomotique.

La première et la plus importante mesure de prophylaxie contre la formation d'un cul de sac sous-anastomotique consiste donc dans l'implantation de l'anse au point physiologiquement déclive mais à cela ne doit pas se borner l'attention du chirurgien. Herz et Jonas ont montré, M. Enriquez dans son enseignement oral rappelle toujours le rôle de la musculature abdominale dans la statique viscérale de l'abdomen. L'atomie abdominale prédispose à la ptose si elle n'arrive à la créer de toute pièce, et la ptose aboutit *ipso facto* à la formation d'un cul de sac interpyloro-jéjunal. C'est dans cet ordre d'idée qu'il faut proscrire tout appareil qui, en empêchant le jeu normal de ces muscles abdominaux, en facilite l'atrophie réflexe, c'est-à-dire les bandages et les ceintures qu'on a l'habitude de faire porter au malade après l'opération, en vue de prévenir l'éventration. Ces bandages rigides appliqués au devant de l'épigastre, rendent difficile le jeu du diaphragme, exercent une action de haut en bas et tendent ainsi à déplacer vers le bassin les organes abdominaux.

L'éventration est empêchée bien plutôt par une suture soignée des différents plans pariétaux et par la tonicité même des muscles abdominaux.

C'est cette dernière qu'il faut renforcer par les différents moyens que nous allons envisager et parmi lesquels le massage et la culture physique se placent en tout premier rang.

Mais autre chose est de prévenir le mal et autre chose de le guérir. La formation du cul de sac sous-anastomotique ne doit pas être considérée comme une complication absolument incurable. Dès qu'il est diagnostiqué on s'avisera de le combattre. La situation même de l'orifice nouvellement créé montre que le décubitus doit faciliter l'exonération. Le malade s'étendra donc après chacun des principaux repas une heure pleine, en mettant sur le ventre des applications chaudes. Ces applications peuvent consister en cataplasmes, en compresses sèches ou humides, en chaufferettes japonaises. Nous préférons soit la bouillotte abdominale en caoutchouc dont l'extrême mollesse et la légèreté impressionnent agréablement le malade, soit la compresse électrique quand les conditions le permettent. Le décubitus latéral gauche est favorable d'après Jonas et aussi Hertz, mais le malade le plus souvent se rend compte lui-même de l'attitude qui lui procure le plus grand bien-être. Le régime doit être surveillé de près. On prescrira un régime d'exclusion dont seront bannis les aliments excitants pour la muqueuse et peu digestes. C'est le régime des gastrites qui semble donner

les résultats les plus constants. Le malade boira peu et à la distance des repas. Le tassement dans l'estomac des aliments de densité différente, aurait en effet pour conséquence de descendre les solides dans le bas-fond gastrique et de propulser les seuls liquides vers le haut, au niveau de la bouche.

L'état nauséux sera amendé par l'eau chloroformée, les pansements bismuthés, le citrate de soude. L'hyperesthésie du plexus solaire qui occasionne souvent une coelialgie très forte peut être considérablement calmée par quelques séances de diathermie. La diathermie est surtout utile lorsque des contractions spasmodiques coexistent avec les phénomènes mécaniques et qu'un traitement sédatif est indiqué. On fera des séances bi-quotidiennes de durée progressivement croissante en commençant par des séances de 10 minutes.

A cette même catégorie de malades on conseillera l'hydrothérapie chaude sous toutes ses formes, bain-douche ou ablution.

Mais le massage est le moyen le plus fidèle et qui donne lieu aussi aux plus beaux résultats. Le massage peut être manuel, et au commencement de la cure il devra être exclusivement manuel. Plus tard, lorsque les muscles se sont assouplis et accoutumés aux excitations extérieures et que les viscères ne protestent plus contre l'irritation, on aura recours au massage instrumental, au massage vibratoire. Le masseur commencera par l'effleurage doux, d'abord sur l'intestin en s'efforçant de suivre la direction du

cadre colique. Ces mouvements deviendront de plus en plus forts jusqu'à donner lieu à un pétrissage énergique. L'effort ne se limitera pas aux plans superficiels, mais cherchera à porter dans la profondeur sur les organes eux-mêmes. On finira par le massage de l'estomac dans la région épigastrique en agissant ici avec douceur et prudence, en évitant tout contact douloureux, mais en cherchant à expulser le liquide résiduel vers l'intestin.

Le massage vibratoire qu'on commencera 3-4 semaines après avec l'électro-vibreux, sera exécuté d'après les mêmes règles que le massage manuel. Le résultat du massage est bon. Le malade accuse un mieux sensible et instantané après la séance. La constipation est considérablement amendée surtout par le massage vibratoire; l'appétit devient meilleur. L'effet bienfaiteur du traitement se fait sentir aussi sur la musculature abdominale qui retrouve sa tonicité physiologique.

La culture physique est appelée à agir dans le même sens. Cette méthode qui vise avant tout la rééducation des masses musculaires doit être dirigée par une personne spécialement éduquée. On cherchera à faire travailler non seulement les principaux groupes musculaires, les grands droits et les obliques, mais aussi le diaphragme et les muscles respiratoires.

L'aspiration thoracique que réalise une respiration ample et eurythmique est particulièrement favorable tant pour l'état général que pour les viscères abdominaux.

Si tous ces moyens échouent on peut envisager la solution chirurgicale. Logiquement plusieurs solutions viendraient en ligne de compte. L'exclusion du cul de sac, l'implantation de ce segment dans une anse intestinale, la fixation de l'estomac ptosé, enfin et surtout la résection de la poche. C'est cette dernière méthode qui constitue l'opération de choix. De l'avis des chirurgiens elle est facile, peu choquante, sans danger spécial à condition, toutefois, qu'il n'existe pas de périgastrite adhésive. Nous l'avons fait faire avec un plein succès dans ces cas. Ceci revient, en somme, à la gastrectomie de Pauchet, mais à une gastrectomie faite en deux temps, alors que la dénutrition et la déshydratation du malade sont moindres que lors de la première intervention. Il est possible, d'ailleurs, que l'exploration à ciel ouvert vienne montrer une cause locale qui explique à la fois les accidents occasionnés et la conduite qu'il convient de tenir. Le chirurgien n'aura plus, alors, qu'à se comporter selon les circonstances.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le pronostic de cette affection n'est pas très bénin. Au point de vue vital il n'existe, il est vrai, pas de danger immédiat. Mais les troubles fonctionnels sont durables, épuisants, et nécessitent une thérapeutique dispendieuse et continue. Le traitement chirurgical, héroïque contre la source du mal, est à recommander. Mais peu de malades se décident à l'accepter, du moins d'une façon précoce. Leur confiance dans les ressources chirurgicales a baissé depuis l'échec de la première opération et ils appréhendent les mêmes mécomptes pour l'avenir. Ce sont ces malades qui se neurasthénisent d'ailleurs facilement et par là le pronostic devient encore singulièrement plus sombre.

Observations

OBSERVATION I

Georges P..., 33 ans. Mobilisé. Le malade entre dans la formation militaire rattachée au service du D^r Enriquez, à l'hôpital de la Pitié, pour exploration complète du tube digestif.

Ce malade, mobilisé en août 1914, a pu faire campagne pendant 6 mois environ. Fait prisonnier et interné au Camp d'Ordruff, il est pris de phénomènes d'ulcère caractérisé par 2 hématémèses abondantes et de l'intolérance gastrique. Gastro-interostomie pratiquée en Allemagne avec exclusion du pylore au moyen d'une bandelette de fascia lata. Rapatrié comme grand blessé, le malade est dirigé sur la Pitié 4 mois environ après l'opération première. (13 décembre 1915).

A ce moment il présente des symptômes douloureux relativement intenses, sans rapport fixe avec les repas. Sensation de pesanteur, nausées, anorexie et amaigrissement. Pas de vomissements. La recherche du sang dans les matières est négative. Aux rayons on constate l'existence d'un cul de sac sous-anostomotique avec stase. Le tubage ramène 35 cmc de liquide de stase teinté de bile. Le malade refusant toute opération demande et obtient sa réforme en février 1916.

OBSERVATION II

Th. Ernest, 38 ans, journalier.

Le malade se présente à la consultation spéciale du Dr Enriquez pour gastralgie et nausées, 18 mars 1916.

Le début de l'affection gastrique remonte à 1910.

L'affection a évolué par crises espacées séparées par des périodes d'accalmie. Les crises sont allées en se rapprochant de plus en plus, si bien qu'à l'heure actuelle le malade est en état de mal d'une façon permanente.

La gastralgie occupe le premier plan du syndrome. Il s'agit d'une douleur tardive suivant de 3 heures l'ingestion. Sensation de torsion, douleur pongitive avec irradiation latérale dorsale. La tristesse est plus rare. Les alcalins et l'ingestion procurent une dédation immédiate, mais de courte durée.

Dans les derniers temps les phénomènes ne se limitent pas à la journée mais surviennent de nuit.

En outre, état nauséux très pénible, très rares vomissements. L'appétit est demeuré intact sur perversion de cette fonction. Ni anorexie ni boulimie. Amaigrissement considérable. En deux ans, le malade a maigri de 8 kg. L'état moral du malade est assez bas, les souffrances constantes l'ayant profondément déprimé. Comme traitement, alcalins, belladone et régime alimentaire très réduit.

Examen clinique. Ventre flasque, non ballonné. Paroi musculaire faible, mais sur laquelle il n'existe pas de coloration anormale, pas de circulation collatérale. Pas de péristaltisme apparent. Au palper, défense de la région parombilicale droite. Clapotage fait deviner un estomac bas placé.

Le tubage à jeun ramène 35 cnc. de liquide à peine, sans débris de pinceaux, contenant HCl libre et très acide au tournesol.

Après repas d'épreuve on ramène 175 cmc. de bouillie bien divisée avec $A = 2,02$ $H + C = 1,72$.

Recherche du sang dans les selles positives à 2 reprises.

Examen radiologique : Légère stase bismuthée gastrique, liquide à jeun. Grand estomac très tonique dévié vers la droite en direction de l'angle droit du colon avec lequel il semble solidaire. Douleur très nette et très localisée au pylore. La sténose pylorique par ulcère est certaine.

Opération 3 avril 1916, par le professeur Gosset.

Ulcère juxtapylorique situé à deux travers de doigt du sphincter sur la petite courbure. Gastro-entérostomie et sphinctérectomie. Evolution normale en tout point si bien que le 30 avril le malade quitte le service en très bon état.

Revient consulter 3 mois après en juillet 1916. Au début, dit-il, le résultat de l'opération avait été parfait. Les douleurs avaient disparu, l'état nauséux complètement cessé. L'appétit était devenu excellent et le malade avait augmenté de forces et de poids (6 kg.). Cependant vers la 7^e semaine déjà après l'opération des malaises gastriques étaient survenus, vagues, très frustes d'abord, mais progressivement plus aigus. Une heure après le repas il était incommodé au point de s'étendre et d'interrompre son travail.

Pensant d'abord à des phénomènes passagers, il patiente et ne vient consulter qu'au bout de plusieurs semaines.

A l'inspection, malade pâle, mais nullement amaigri. Localement ventre trilobé avec atonie de toute la musculature abdominale.

Le palper ne montre rien d'anormal. Clapotage à jeun. A la percussion, la poche à air gastrique est trouvée volumineuse.

Tension artérielle 11 $\frac{1}{2}$. Urines chargées (800 cmc.),

non albumineuses, avec traces d'urobiline. Globules rouges 3.200.000, hémoglobine 8 %.

Le tubage ramène 28 cmc de liquide à jeun, très acide contenant HCl litre. Pas d'éléments biliaires.

L'exploration radiologique montre l'existence d'un cul de sac sous-anastomotique.

Le malade est pris dans le service et soumis à un régime sévère et à une cure d'atropine. En même temps application de compresses chaudes après les repas et lavages d'estomac tous les deux jours.

Légère amélioration fonctionnelle. Le poids remonte de 1 kg. en six semaines. Mais de temps en temps des vomissements surviennent qui fatiguent beaucoup le malade. Nous conseillons une réintervention que le malade refuse. Il quitte l'Hôpital. Nous ne l'avons pas revu depuis.

OBSERVATION III

Madame T. L., 25 ans, couturière. La malade est envoyée dans le service en septembre 1917, par le Docteur Thiroloix, pour exploration de son tube digestif.

Cette malade présente depuis quelques mois un syndrome pylorique des plus nets, avec douleurs tardives survenant 3-4 heures après les repas, vomissements, boulimie, amaigrissement et asthénie. Ces deux derniers phénomènes étaient tellement accentués qu'on avait pensé à la tuberculose et, se basant sur une légère induration du sommet droit, on avait porté le diagnostic de dyspepsie hypersthénique chez une tuberculeuse. Poids 38 kg. Constipation tenace et rebelle aux laxatifs et aux lavements.

L'inspection clinique ne fournissait pas de signes ma-

jeurs. La contraction abdominale était diffuse et nullement localisée à la région épigastrique.

La malade était pâle, mais la recherche du sang dans les matières fécales était restée négative. Le chimisme gastrique montrait de l'hyperacidité et de l'hyperchlorhydrie $A = 2,08$ $H = 0,54$ $C = 1,42$.

L'examen aux rayons devait être beaucoup plus démonstratif. Il n'existait ni stase bismuthée gastrique ni liquide à jeun. L'estomac était très hypertonique, présentant des contractions très précoces et très fortes. Pas de déformation permanente du contour gastrique.

Le bulbe duodinal était visible en permanence et très douloureux à la pression. Nous portions le diagnostic d'ulcère du duodenum et conseillons une intervention opératoire.

L'opération est pratiquée, 19 septembre 1917, par le Dr Durocelle, dans le service du Dr Walter. L'exploration montre l'existence d'un ulcère siégeant sur la première portion du duodénum. Gastro-entérostomie avec exclusion du pylore.

Les suites postopératoires étaient assombries par un melœna très fort survenant le 15^e jour de l'opération, qui se répétait le lendemain et affaiblissait considérablement la convalescente mais qui disparut sans laisser de séquelles.

Le résultat de l'opération put être taxé de parfait au début. Les douleurs avaient disparu, le poids remonta de 12 kgs en 2 mois. Mais vers le 3^e mois des vomissements surviennent tous les 2 ou 3 jours, environ avec un état nauséux persistant, des vomissements avec anorexie complète et une constipation tenace. Peu de douleurs d'ailleurs, un peu de fièvre.

L'état pulmonaire n'était pas compliqué. En dépit de la fièvre, très légère d'ailleurs, 37,8, il était impossible de rattacher les troubles à une aggravation de la lésion

bacillaire et il était évident qu'elle relevait d'une complication survenue du côté des voies digestives.

Nous recommençâmes l'exploration complète du tube digestif.

Weber négatif à 2 reprises dans les selles.

Tubage ramène 45 cmc. de liquide de stase avec débris alimentaires. Junzbourg et acide lactique traces.

Aux rayons, existence d'un cul de sac de stase.

En même temps l'estomac s'était modifié complètement au point de vue de sa morphologie.

A l'estomac antérieurement petit et hypertonique avait succédé un estomac ptosé, dilaté et atone. Le point d'implantation occupait la grande courbure et ne répondait pas au point déclive.

Les autres explorations ne présentaient que peu d'intérêt.

Tension au Pachon, 13.

Urines diminuées 900 cmc, ni albumine ni urobiline.

Globules rouges, 3.000.000. Hémoglobine, 80 %.

Poids, 44 kg. 300.

Nous conseillons, après l'échec de la diététique, une intervention opératoire consistant dans la résection du cul de sac.

Opération faite par le Dr Durocelle le 4 décembre 1917.

Résection du cul de sac et du pylore jéjunale.

Opération très simple et très rapide. Guérison sans incident. La malade quitte le service sans présenter le moindre trouble fonctionnel, ayant récupéré en 5 semaines, 6 kgs.

OBSERVATION IV

M. Bl. Jean, 42 ans, négociant.

Le malade vient consulter pour phénomènes d'intolérance gastrique en mars 1918.

Vomissements profus et répétés, douleurs gastriques, Amaigrissement continu.

Rien de spécial dans les antécédents, si ce n'est l'existence d'une scarlatine dans la première enfance et n'ayant donné lieu à aucun symptôme de Brightisme.

Le début de l'affection remonte à 1913, caractérisé par des hématomèses et des melœnas répétés.

La 1^{re} hématomèse, très forte, eût lieu en 1913, à la fête de la Pentecôte, la 2^e en février 1914, la 3^e en août 1915, la 4^e en décembre 1917. Très abondantes d'après la description du malade, elles auraient provoqué des phénomènes d'anémie et d'asthénie.

Dès le début l'affection fut douloureuse. Elle évoluait par poussées successives, entrecoupées de rémissions parfois longues. Dans les derniers temps cependant l'acuité et la durée du mal furent telles qu'une incapacité de travail absolue en résultait.

La douleur survient exactement 3 heures après les repas. Elle est diurne et nocturne, réveillant alors le malade de son premier sommeil.

C'est une douleur transfixiante, en broche, nullement soulagée ni par les ingesta ni par les alcalins, mais calmée presque instantanément par les vomissements. Ces vomissements étaient acides, filants, très rarement alimentaires. Le malade n'y a jamais reconnu des aliments ingérés depuis plus de 24 heures.

L'appétit est conservé, mais néanmoins l'amaigrissement est intense, 25 kgs en un an. Traitement par beladone, alcalins, régime.

L'examen local ne montre qu'un seul signe de haute

valeur. La contracture de la paroi au niveau de la région parombilicale droite. Le palper, non seulement était difficile ici, mais électivement douloureux.

La recherche du sang dans les selles est positive.

La tension au Pachon de 12 cm.

Le chimisme ramène à jeun 120 cmc. de liquide de stase très acide avec HCl litre. Pas d'acide lactique.

Après repas d'épreuve on retire 400 cmc. de liquide très fortement mélangé encore à des débris de pinceaux, avec une acidité totale de 1,78, une chlorhydrie de 1,6 gr.

Aux rayons : Stase bismuthée. Estomac hypertomique et hyperkinétique douloureux au niveau de la petite courbure à 2 cm. du sillon prépylorique supérieur.

Opération pratiquée le 3 avril 1918 par le D^r Pascalis. Service du D^r Gosset, à la Salpêtrière.

Existence d'un ulcère tétrébrant de la petite courbure étendu transversalement jusqu'au pylore.

Adhérences profondes au pancréas. Quelques ganglions de nature inflammatoire.

Gastro-entérostomie et sphinctérectomie.

Les suites post-opératoires furent simples. Disparition immédiate de l'état crampoïde et de l'intolérance gastrique. Appétit normal, retour rapide du poids et des forces. Le malade quitte l'hôpital enchanté du résultat obtenu.

Revient le 10 juillet 1918 accusant des phénomènes douloureux, des vomissements rares du reste, se plaignant de nausées constantes, de ballonnement abdominal, d'anorexie, de fétidité de l'haleine.

On décide, devant l'insistance du malade, de pratiquer à nouveau l'exploration complète du tube digestif.

Weber négatif dans les selles.

La sonde ramène à jeun 15 cmc. de liquide verdâtre, acide au tournesol, ne contenant pas HCl litre. Tubage très difficile, résistance du malade. Radioscopie montre

le bon fonctionnement de la bouche et l'imperméabilité totale du pylore.

Existence d'un cul de sac interjéjuno pylorique avec stase bismuthée. Ptose et atonie gastriques.

On propose, étant donnée l'expérience acquise, la résection du saccule. Le malade, complètement désabusé, refuse énergiquement. On prescrit un traitement médical consistant en repos absolu. Régime lacto végétarien, decubitus latéral gauche après les repas. Massage abdominal.

On obtient ainsi une amélioration certaine mais partielle seulement. Les troubles dyspeptiques sont devenus chroniques, le malade quitte le service après 2 mois de ce traitement, nous sommes depuis sans nouvelles.

OBSERVATION V

M. D. Eugène, 37 ans, manoeuvre.

Le malade vient consulter pour vomissements. L'affection qui l'amène est fort ancienne, remontant au minimum à 12 ans déjà. D'abord subaiguë et discontinue, la maladie est devenue depuis 2 ans plus sévère, et les crises d'intolérance gastrique sont allées en se rapprochant et en augmentant d'intensité, si bien qu'à l'heure actuelle elles sont presque quotidiennes.

C'est d'ailleurs le syndrome pylorique dans sa pureté classique. 2-3 heures après les repas surviennent des phénomènes douloureux. Ils consistent en brûlure, en torsions, en pesanteur, soulagées par l'ingestion, des renvois acides et des vomissements. Ces vomissements sont acides, agacent et corrodent la dentition qui est en fort mauvais état. Les vomissements sont muqueux et alimen-

taires. Leur répétition empêche la rétention gastrique, si bien qu'ils n'ont pas le caractère de vomissements de stase.

L'état général est altéré. L'amaigrissement est notable, les forces déficitaires. L'appétit est bon, il n'existe pas d'anorexie élective. Le sommeil est bon, mais des crises nocturnes réveillent souvent le malade. Pas de boulimie. Constipation tenace datant de l'enfance. Ethylisme certain.

Examen clinique. — Amaigrissement intense de pseudo-tuberculeux. Polyméradénie inguinale. Sommets pulmonaires normaux. Pas de défense abdominale. Pas de vagues péristaltiques. Distension gastrique. Douleur légère pyloro duodénale. Tension au Pachon $12 \frac{1}{2}$. Urines ne contiennent pas de substances anormales.

Examen des matières fécales. Weber positif.

Tubage à jeun ramène 300 cmc. de liquide de stase acide au tournesol contenant HCl et traces d'acide lactique.

Après repas d'épreuve on ramène 400 cmc. de liquide. $A = 0,45$. $H + C = 0,22$.

Examen radiologique. Très grande stase bismuthée gastrique. La presque totalité du bismuth, ingéré la veille, n'a pas quitté l'estomac. On n'en voit que peu dans le gros intestin.

L'estomac est ptosé, dilaté dans tous ses séguments et atone, mais nullement déformé. La région pylorique est électivement douloureuse à la pression.

La sténose pylorique est donc certaine, organique et serrée.

Opération pratiquée le 15 décembre 1918 par le Dr Gosset. Gastro-entérostomie et exclusion du pylore.

Le malade très affaibli est pris d'une congestion pulmonaire, qui un moment donné fait redouter une issue fatale. Il surmonte cependant cette complication et quit-

te le service le 25 février 1920 en très bon état général et local.

Six semaines plus tard il retourne dans le service, se plaignant de pesanteur gastrique survenant environ une heure après les repas, de congestion céphalique, d'insomnie, de ballonnement abdominal, de malaises constants. Il n'existe pas de vomissements, pas de constipation. Le poids du malade est plus élevé qu'avant l'opération (8 kg.), mais depuis 3 semaines il a plutôt tendance à décroître.

Malgré l'amélioration globale très grande et le très grand bénéfice retiré de l'opération, le malade sent qu'il n'est pas complètement guéri et revient consulter.

Nous pensons d'abord à des complications inhérentes la ptose et conseillons au malade le port d'une ceinture, de l'acide phosphorique et de la culture physique.

Résultat obtenu médiocre, et en désespoir de cause nous reprenons l'exploration complète du tube digestif.

Weber dans les matières, négatif à 3 reprises.

Tubage ramène 45 cmc. de liquide légèrement acide au tournesol, teinté de bile.

Rayons : Existence d'un cul de sac sous-anastomotique avec stase bismuthée de 12 heures.

Tension sanguine, 12 au Pachon.

Globules rouges, 3.800.000. Hémoglobine 90 %.

Urines, ni albumine ni urobiline. Un peu d'iridoxyle.

Le traitement chirurgical proposé n'est pas accepté par le malade. On conseille alors le massage, la culture physique et la diathermie.

Les résultats obtenus sont satisfaisants, le malade est très soulagé, augmente en un mois de 5 livres et n'éprouve plus l'état nauséeux constant.

Mais ces résultats seront-ils durables ?

Conclusions

Après une gastro-entérostomie, on peut constater l'apparition d'un cul de sac sous-anastomotique dû à la distension du segment pylorique de l'estomac. Ce cul de sac comprend la partie de l'organe située entre le point d'implantation de l'anse jejunaie et le pylore exclus. La bouche artificielle n'est plus ainsi placée au point déclive du viscère, si bien que l'exonération complète du contenu gastrique devient impossible et qu'une stase secondaire peut en résulter.

Le cul de sac se forme primitivement sur l'estomac atone par suite d'une implantation de l'anse intestinale en un point qui n'est pas le point déclive, secondairement sur l'estomac hypertonique par suite de la cessation du spasme et du relâchement des fibres musculaires.

Cliniquement l'existence de ce cul de sac se manifeste par des symptômes divers, rappelant le syndrome de la dyspepsie hyperthénique, et occasionnant une diminution grave et une altération progressive de l'état général.

L'exploration radiologique permet d'établir le diagnostic et d'instituer un traitement rationnel.

Ce traitement peut être médical ou chirurgical.

Dans le premier cas la physiothérapie cherchera à combattre la cause mécanique du mal.

Le traitement chirurgical, en emputant le cul de sac où stagne le chyme, supprime la cause et les effets du mal.

La prophylaxie consiste à détendre préalablement avant l'opération l'état spasmodique du viscère et à pratiquer l'anastomose au point physiologiquement déclive, c'est-à-dire dans l'antra pylorique même.

Vu le Doyen, *Vu le Président,*

ROGER. FERNAND BEZANÇON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

POINCARÉ.

Bibliographie

ANDERSEN (Brooklyn). — Résultats des opérations contre l'ulcère gastrique. *Medical Record*, Tome LXXXIII, n° 18, mai 1913.

BERGMANN. — Das spres moyene Magengeschevier.

BURK. — Die chirurgische Behandeimg der Mayen Kraukhinten. Beitr ge qür klinischer Chirurgie, t. LXXVI, fast. 3, déc. 1911.

CAILLÉ, DURAND et MARRE. — Résultats éloignés du traitement chirurgical de 45 cas d'ulcères gastriques ou duodénaux. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, tome VI, juillet 1912.

CLAIRMONT. — Tür Chirurgischers Therapie des Ulcur Ventriculi Mitheil and frenzjebictender Medijur nund Chirurgie Bd XX, p. 330, 1909.

DAGAEW. — Modification der Verdancingsvorjangs nait gastro duodenostomie, gastro jéjunostomie und totaler Magen résection.

— Mithcilliyn un den penzjebietler der Mediz nud Chirurgie, Bd XXVI, Heft I, S. 176.

DELORE et ALAMARTINE. — Ulcère en évolution et biloculation gastrique, *Revue de Chirurgie*, 1909, T. XXXIX, n° 3, p. 482.

DENECHAU. — Des suites médicales éloignées de la gastro entorostomie, thèse Paris, 1907.

DURAND Gaston. — La diarrhée, accident consécutif à la gastro enterostomie, *Progrès médical* 1912.

EURIQUEZ et GOSSET. — Remarques sur l'exclusion du pylore. Société de Chirurgie, mars 1914, p. 641.

FRIEDENWALD Julien. — A clinical study of a thousand case of ulcer of the stomach and duodenum. *American Journal of the medic.*, Bd Tome 144, n° 2, p. 157.

VON HABERER. — Über die einseitige Ausschaltung des 67 lorus Archiv für Klinische Chirurgie T. I, fasc. I, 9 décembre 1902.

HENRI HARTMANN. — *Bulletins de la Société de Chirurgie*, déc. 1913, p. 1517-1534.

— Sur le fonctionnement des bouches gastro intestinales dans le cas de pylore perméable. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, juin 1914.

— Les bouches gastro intestinales dans les cas de pylore perméable. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, juillet 1914, p. 361-373.

HERTY. — The after affects of gastro enterostomy. *The Britist medical journal*, n° 2729, avril 1913.

— The cause and traitment of certain unfavorable after affects of gastro enterostomy. *Annuel of Surgery*, New-York, octobre 1913.

HOCHENEGZ. — Gastro enterostomie oder Resektion der Ulcus ventriculi. *Wienerkl-Wochenschrift*, T. XXIII, n° 2, janvier 1910, p. 52-54.

JONAS. — Über die nach gastro enterostomie anf he tenden Beschiverden und der radiologische Verhal-ter der anastomasites Magun. Sufflexurz ü-In-suffisen der anastomose. *Archiv für Verdini-nuys krankleiten*, 1908, T. XIV, p. 656-669.

- MOREAU, — Des suites de la gastro enterostomie pour sténose non cancéreuse du pylore, Thèse Paris, 1909.
- PARMENTIER et DENÉCHAU. — La dyspepsie des ulcéreux gastriques et son traitement. *Semaine Médicale*, 9 octobre 1907.
- HERBERT PATERSON. — Gastro jujonostomie, Principes qui devraient déterminer ses applications et indications de son emploi.
- PAYR. — Congrès Allemand de Chirurgie, mars-avril 1910.
- PONCET, DELORE et LERICHE. — Chirurgie de l'estomac. Statistique, opération. *Bulletins de l'Académie de Médecine*, n° 12, 30 mars 1913.
- P. H. VAN ROYER. — Sur l'ulcère pytique du jéjunum consécutif à la gastro enterostomie. *Archiv für Klinische Chirurgie*, T. XCI, fasc. II, 1909.
- VAN DE RYDYGIER. — Sur le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac, *Revue de Chirurgie*, n° 12, décembre 1913.
- SCHIVARZ UND KREUZFUCHS. — Wiener Klinische Wochenschild, 1907, n° 15.
- LEV. SCHULLER. — Über die Funktionen der Magens nach gastro enterostomie ü Pylorctomie. Mitteilungen ans dur penzjebicten der medizun ü der Chirurgie, T. XXII, fasc. V, p. 715-770, 1911.
- TIXIER. — Six ans de Chirurgie gastrique. *Lyon Chirurgical*, 1909, t. I, n° 5.
- ZWEIG. — Les mauvais résultats de la gastro enterostomis pour sténose du pylore, dus à la fermeture spasmodique de la bouche gastrique. *Archiv für Verdaunngs*, décembre 1913, p. 740.
- KAPPELER. — *Reitschrift für Chirurgie*, 1898.

KOCHER. — Die chirurgische Kerapne der Magenleidens. Mittheilungen aus der Grenzgebiete der Medizin und der Chirurgie 1909, p. 860-897.

— Der Wert der Gastroenterostomie. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie Fevtschvhrift für Professor Kocher 1912, T. CXVI, p. 183-226.

KUTTNER. — Congrès Allemand de Chirurgie, mars 1913.

LANDAU R. — De l'ulcère rond de l'estomac et de la gastroenterostomie. *Medycyna i kronika*, Lekarska, 1914, T. XLIX, n^{os} 8, 9, 10, 21

LOEPER. — *Leçons de Pathologie digestive*. Masson et Cie, Paris.

MALLORY. — Hypertomie gastrique et gastroenterostomie. *The Journal of the American Medical Association*, Tome LXII, juin 1914, page 1880-1883.

MANSELLE MOULIN. — L'action de la gastroenterostomie dans les ulcères gastriques sans sténose. *British Medical Journal*, n^o 2596, octobre 1910, p. 955.

MATHIEU et SAVIGNARD. — Etude sur les troubles intestinaux consécutifs à la gastroenterostomie. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, Tome VII, 1913, p. 541.

